



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/180 - ME CUESTA HABLAR, ME CUESTA ESCRIBIR ¿SERÁ UN ACV?

M.L. Burgos Merchán^a, M.C. Márquez González^b, G. Bermúdez Ferrer^c, B. Gacimartín Valle^d, E. Ruiz Ferrando^a, A.C. Rubio Bernardo^d, A. Lindo Martín^e, A.V. Ramírez Fernández^f y M. Esquilabre^g

^aMédico de Familia; ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lavapiés. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Monte Rozas. Las Rozas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años. No fumador, con antecedentes de HTA, EPOC. Acude por presentar cuadro clínico de 48 horas de evolución con dificultad para articular las palabras, caída de comisura bucal hacia del lado derecho. Sin referir otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. TA 159/114 mmHg. Fc 82 lpm. Glucemia 102 mg/dl. CyC: normal. AC: rítmico, sin soplos. AP: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: normal. EESSII: dentro de la normalidad. Neurológica: consciente y orientado en las tres esferas. Disartria moderada. No apraxias. PICNRs. MOE sin restricciones. No ptosis. Leve paresia facial inferior derecha. Motor: fuerza, sensibilidad y marcha sin alteraciones. Coordinación: leve disimetría en maniobra dedo-nariz asociado a la paresia del lado izquierdo. Analítica: sin alteración. TAC craneal: sin alteraciones intracraneales agudas. ECOTT: sin alteraciones estructurales. Eco Doppler de TSA/TC: pequeña placa de ateroma en bifurcación de arteria carótida izquierda.

Juicio clínico: Síndrome lacunar (disartria, paresia facial, mano torpe derecha).

Diagnóstico diferencial: ACV de causa isquémica (AIT: carotídeo, ictus establecido: duración superior a 24 horas. Cardioembólico: fibrilación auricular, hipocinesia global). Lacunar (motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo-motor, disartria-mano torpe, hemiparesia-ataxia). Hemorrágico (hemorragia lobar profunda secundaria a HTA, malformación vascular, hemorragia subaracnoidea)

Comentario final: Los infartos lacunares presentan un curso clínico paradójico, con un pronóstico favorable a corto plazo, debido a una baja mortalidad y una discapacidad funcional reducida al alta hospitalaria, pero con un elevado riesgo de recurrencia del accidente cerebrovascular, de demencia e inclusive de muerte, a medio y a largo plazo. La HTA y la diabetes mellitus son los principales factores de riesgo.

Bibliografía

1. Daroff R, Jankovic J. Bradley's Neurology in Clinical Practice, 7th ed. Elsevier, 2016.

2. Jones R, Srinivasan J. Netter's Neurology, 2nd ed. Philadelphia. Elsevier-Saunders, 2012.
3. Kass J, Mizrabi E. Neurology Secrets, 6th ed. Philadelphia. Elsevier; 2017.
4. Goetz C. Textbook of Clinical Neurology, 3rd ed. Philadelphia. Saunders, 2017.

Palabras clave: *Disartria. Parálisis facial. Hipertensión. Pronóstico.*